



**SERVICE DE PORTAGE DE REPAS
FICHE D'INSCRIPTION**

Nom Prénom.....

Né (e) le / / à

Téléphone :

Motif de la demande (perte d'autonomie, maladie, retour d'hospitalisation...) :

.....
.....

Adresse de livraison du repas : Complément (code, étage, n° porte...)

.....
.....

Adresse de facturation (si différente) :

.....

Régime de Retraité (e) MSA OUI* NON* *rayer la mention inutile

- **PERSONNE REFERENTE DE LA FAMILLE :**

Nom, prénom et qualité (enfant...) :

Adresse :

.....

Telephone :

- **Médecin traitant**

Nom :

Téléphone

- **Service aide à domicile ou infirmier**

Nom :

Telephone :

- **Avez-vous confié un double de vos clés à un proche?** **OUI*** **NON*** (*rayer la mention inutile)

Nom :

Adresse :

Telephone :

- **Voudriez-vous confier un double de vos clés au service de portage de repas?**
OUI* **NON*** *rayer la mention inutile

Je souhaite bénéficier du portage à partir dujusqu'au.....

COCHER LES JOURS SOUHAITES

LUNDI	
MARDI	
MERCREDI	
JEUDI	
VENDREDI	
SAMEDI	
DIMANCHE	

REGIME SANS SEL **OUI*** **NON*** *rayer la mention inutile

ALLERGIES ALIMENTAIRES:

AUTRES OBSERVATIONS SUR LA PREPARATION DU REPAS (coupé, hâché...):

Date	Signature

CONTACT

CCAS - Mairie de Trébeurden - 7 rue des Plages - 22 560 TREBEURDEN

Tél: 02.96 .15.47.87

Email : ccas@trebeurden.fr